Lane Medical Library

Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität in Kiel

Direktor: Prof. Dr. med. Hentze
(Aus der II. Abteilung): Privatdozent Dr. Bichelmayr

Über Fehldiagnosen der Lues im Munde

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Rug, Zahnarzt
aus Tiefenort/Werra

Kiel 1934

Druck von R. Eggert, Kiel, Kronshagener Weg 1b

Nr. 33

Rektoratsjahr 1933/34

Referent: Privatdozent Dr. Bichlmayr

Zum Druck genehmigt: Prof. Dr. R. Schröder,
Dekan

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0150

Die Lues ist eine der gefährlichsten Infektionskrankheiten. Sie hat in früheren Zeiten, als man noch nicht die geeigneten therapeutischen Mittel für ihre Bekämpfung kannte, viel größere Verstümmelungen der menschlichen Organe verursacht als heute. Da die Syphilis alle auf der Haut und Schleimhaut vorkommenden Krankheiten nachahmen kann, ihre Erscheinungsformen heute weniger ausgesprochen und seltener auftreten, so unterliegt der Arzt und Zahnarzt trotz verbesserter diagnostischer Hilfsmittel leicht Fehldiagnosen. Treten die Erscheinungen noch an versteckten Stellen auf und kommt noch anderes störend hinzu, das das klinische Bild verwischt, so werden Irrtümer in der Diagnosenstellung noch häufiger vorkommen.

Obgleich nun in jedem Stadium der Lues eine Fehldiagnose die schwerwiegendsten Folgen haben kann, so ist sie doch im ersten Stadium, worüber zuerst berichtet werden soll, am verhängnisvollsten, weil nur eine frühzeitige Behandlung Aussicht auf Heilung verspricht (Stühmer, Tachau!).

An der Lippe z. B. ist die Diagnose verhältnismäßig leicht, trotzdem kommt es hier gelegentlich zu Verwechslungen mit anderen Krankheiten (1. Fall). Verkannter Primäraffekt, von Bichlmayr überlassen, zeigt uns folgendes:

„Pat., 32 Jahre alt, Witwe, gesund aussehend, wird einem Zahnarzt wegen einer Druckstelle an der Mundschleimhaut, verursacht durch obere Prothese, von ihrem Arzt überwiesen.

Pat. gibt nur an, seit einiger Zeit eine Verletzung der Oberlippe bemerkt zu haben. Die Verletzung habe sich durch dauernden Reiz verschlimmert und sei geschwürig geworden. Eine Schwellung an der Lippe sei jetzt zurückgegangen. Da trotz Spülung keine Wundheilung eintrat, sei sie zum Arzt gegangen, durch den sie jetzt dem Zahnarzt zwecks Beseitigung der Druckstelle überwiesen wurde.

Bei der Untersuchung ergibt sich: Bruch der oberen Prothese und am Alveolarfortsatz eine Schleimhautwucherung in die Bruchspalte hinein. Die Oberlippe scheint verschiedentlich Quetschungen durch den Bruchspalt erlitten zu haben. Außerdem aber zeigt sich besonders an dem dem Vestibulum zugekehrten Teil der Oberlippe ein tief zerfallenes, lividverfärbtes, glänzendes, einmarkstückgroßes Geschwür. Die submaxillären Lymphdrüsen sind stark geschwollen und gegen Druck unempfindlich. Es besteht berechtigter Verdacht auf eine luetische Infektion und zwar Primäraffekt.

Die Erhebung einer genauen Anamnese über die Erkrankung der Lippe stößt auf heftigen Widerstand und Empörung seitens der Patientin, zumal der behandelnde Arzt das Geschwür als harmlosen Decubitus hingestellt hatte. Doch kann Blutentnahme vorgenommen werden. Die Wa.R. fällt stark positiv aus, und nun wird die Pat. zwecks antiluetischer Behandlung einem Dermatologen überwiesen.

Im vorliegenden Fall wurde ein Primäraffekt der Lippe mit einem Dekubitalgeschwür verwechselt. Diese Fehldiagnose kam wohl dadurch zustande, daß der behandelnde Arzt durch die Angaben der Patientin sich irreleiten ließ und keine eingehende Untersuchung unter Benutzung aller zur Verfügung stehender diagnostischer Hilfsmittel vornahm. Die stark geschwollenen indolenten regionären Lymphdrüsen allein hätten schon an Primäraffekt denken lassen müssen. Das Aussehen des Geschwürs hätte eine solche Annahme bestärken müssen. Es war zwar nicht nur ein Geschwür der Oberlippe, sondern auch eine Schwellung der Schleimhaut des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers in die Bruchspalte der oberen Prothese vorhanden, doch dürfen derartige Zufälligkeiten uns bei der Diagneosestellung keineswegs beeinflussen. Es hätte eine Spirochätenuntersuchung und, da der Primäreffekt schon soweit vorgeschritten war, auch eine Wa.R. von dem behandelnden Arzt ausgeführt werden müssen. Es dürfte sich hier, wie sich aus dem genauen Studium des klinischen Bildes ergibt, um einen ulcerösen Primäraffekt der Lippe handeln, dessen Diagnose durch den positiven Wassermann gestellt wurde. Dem Decubitalgeschwür kommt insofern gewisse differentialdiagnostische Bedeutung zu, als es sich zu einer knotenartigen Verhärtung entwickeln kann, die verhältnismäßig schnell wächst, Haselnußgröße erreichen und geschwürig zerfallen kann. Auch ein weißgelblicher, speckiger Belag kann vorhanden sein, der auch beim Primäraffekt vorkommt. Jedoch das glänzende Aussehen, die scharfe Abgrenzung und die mächtig geschwollenen indolenten regionären Lymphdrüsen schließen Decubitus aus.

Welche Krankheiten kommen sonst noch beim Primäraffekt der Lippe in Frage, und wie sind sie abzugrenzen?

Bei der erosiven Form ist die Differentialdiagnose umso schwieriger, je früher der Patient nach der Infektion zur Untersuchung kommt. In den ersten Tagen post infectionem werden vor allem akut entzündliche Prozesse in Frage kommen. Unter diese gehören Aphten, die durch ihren lebhaft roten Entzündungssaum und eitrig-fibrinösen Belag leicht auszuschließen sind, Herpesbläschen, die bei vorhandener Blasendecke oder etwa vorhandener Reste als Epithelsaum rings um die Affektion von erosiven Primäraffekten abgegrenzt werden können. Sind diese charakteristischen Merkmale nicht mehr vorhanden, dann können wir u. U. Irrtümer unterliegen. Der Spirochätennachweis gibt uns in diesem Falle Aufschluß wie auch bei den an den Mandeln vorkommenden Läsionen. Da gerade an dieser Stelle subakute und chronische Ekzeme, die in ihrer Entwicklung radiär oft tief ins Gewebe einreißen, nicht selten sind, sie aber auch dem frischen Primäraffekt sehr ähnlich sind, kann man oft nicht aus dem klinischen Bilde die Diagnose Lues stellen.

Bei vorgeschrittener Skeroseentwicklung kommen andere, vorwiegend chronische Affektionen differentialdiagnostisch in Frage. Von diesen kann in seltenen Fällen die Tbc. einen Primäraffekt vortäuschen und zwar die „chancreforme". Diese Tbc.-Form hat gleich der Lues derbe Konsistenz. Gewisser Wert kann auf die Entwicklungsdauer gelegt werden, da bei Tbc. diese entschieden kürzer ist als bei dem Primäraffekt. Maligne Neoplasmen, besonders das Carcinom, bieten bei der Diagnose weniger Schwierigkeiten. Das Ca. tritt meist seitlich an den Lippen, der Primäraffekt gewöhnlich an der Medianlinie und an den Mundwinkeln auf. Geringe Entzündungserscheinungen am Rande eines solchen fraglichen Geschwürs ohne irgendwelche epithelialen Neubildungen, die bei einem Ca in Form von charakteristischen, gelblichen, transparenten, harten Knötchen sich auffinden lassen, spricht für Primäraffekt.

Die ulceröse Form des Primäraffektes mit ihren mächtigen Infiltrationen und tiefem Zerfall können mit gummösen Prozessen oder Neoplasmen verwechselt werden. Bei der Differentialdiagnose zwischen Gumma und Primäraffekt bildet die Lymphdrüsenschwellung ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal. Bei Primäraffekt voll entwickelte Lymphdrüsenschwellung, bei Gumma fehlt sie. Von Wichtigkeit ist auch der Spirochätenbefund, der bei Gumma äußerst selten gelingt, bei Primäraffekt finden sich Spirochäten in großer Anzahl. Die Differentialdiagnose zwischen Primäraffekt und Ca. wird durch den Nachweis der Spirochaeta pallida und die genaue Beobachtung der Randpartien entschieden. Bei Primäraffekt ist der Rand düsterrot gefärbt und infiltriert, bei einem Ca werden sich wenigstens an manchen Randpartien die typischen Ca.-Knötchen nachweisen lassen. Gelegentlich kann auch die myeloische Leukämie zu primäraffektähnlichen Bildungen führen und Schwierigkeiten bei der Diagnose bereiten. Hierbei sind die in der Haut des Patienten sich findenden Knoten und der leukämische Blutbefund entscheidend.

Die Tonsillen, die die Eintrittspforte vieler Infektionskrankheiten und der Ausgangspunkt vieler Erkrankungen sind, bieten bezüglich der Diagnosestellung des Primäraffektes wohl die größten Schwierigkeiten. Irrtümer kommen hier relativ häufig vor. Ein Fall soll hier angeführt werden.

Verkannte Tonsillar-Sklerose, von Tachau zitiert:

„Der Pat. suchte mit einem Primäraffekt auf der linken Tonsille einen Laryngologen auf. Dieser exkochleierte die kranke Mandel. Kurz darauf bildete sich auf der erkrankten Seite ein mächtiger Bubo. Der Chirurg, der nun konsultiert wurde, exstirpierte ihn in dem Glauben, eine tuberkulöse Drüse vor sich zu haben. Einige Monate später entstand dann ein großer Defekt am weichen Gaumen, der schließlich erkannt wurde. Inzwischen hatte der Mann leider schon seine Frau infiziert."

In diesem Fall wurde ein Primäraffekt der Tonsille von zwei Aerzten verkannt. Der erste exkochleierte die kranke Tonsille wahrscheinlich in dem Glauben, es handele sich um einen Abszess. Der zweite exstirpierte den später auftretenden Bubo in der Annahme, es handele sich um eine tuberkulöse Drüse. Man sieht aus diesem Beispiel, daß selbst Laryngologen und Chirurgen bei der

Diagnosestellung der Tonsillarsklerosen große Irrtümer unterlaufen. Ist es doch gerade an den Mandeln außerordentlich schwer, ein primäres luetisches Krankheitsbild zu erkennen. Meist fehlen alle Merkmale, die uns an anderen Stellen einen Primäraffekt erkennen lassen. Der Primäraffekt neigt hier viel leichter zu Blutungen. Auch stärkere Schmerzen, vor allem Schluckbeschwerden sind vorhanden. Schon daraus ergibt sich, daß viele Verwechselungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Angina simplex, die beim Vorherrschen entzündlicher Erscheinungen differentialdiagnostisch in Betracht kommt, ist durch das einseitige Befallensein bei Lues I auszuschließen. Bei schmierigem Belag wäre eine Verwechslung mit Diphtherie und Angina Plaut-Vincenti denkbar. Rasches Auftreten des Belages nach der Entfernung spricht für Diphtherie. In zweifelhaften Fällen sind die für diese Krankheit spezifischen diagnostischen Hilfsmittel zu benutzen. Angina Plaut-Vincenti tritt ebenfalls einseitig auf. Beschaffenheit der Beläge wird sie oft abgrenzen lassen. Bei Plaut-Vincent'scher Angina treten schon nach Stunden bis Tagen die mißfarbenen Beläge auf, bei der Tonsillarsklerose die Zerfallserscheinungen erst nach langer Zeit. Die Drüsenschwellung ist, falls vorhanden, viel weicher und auf Druck häufig schmerzhaft. Sie kann jedoch bei beiden fehlen. Bakteriologische Untersuchung, Spirochätennachweis, vor allem aus dem aus den Drüsen entnommenen Material, und bei längerem Bestehen des Krankheitsbildes die Wa. R. unter Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen werden Ang. Plaut-Vinc. endgültig ausschließen. Differentialdiagnostisch bieten maligne Neoplasmen, vor allem Ca., große Schwierigkeiten. Frühzeitiges Erkennen ist aber äußerst wichtig, da Leben oder Tod davon abhängt. Primäraffekt entwickelt sich innerhalb zwei oder vier Wochen, das Ca. braucht zur Erreichung derselben Größe viel längere Zeit. Lymphdrüsenschwellung ist bei Lues I viel früher vorhanden als bei Ca. Bei Zerfall der mitleren Teile der Affektion: Ca hat meist derberen und mehr wallartig elevierten Rand. Primäraffekt ist nicht so scharf abgegrenzt. Diese Unterscheidung ist jedoch nur äußerst selten möglich. Schmerzempfindung ist ein besseres Unterscheidungsmerkmal. Beim Ca stärker, schon bei kleinen Erosionen und auch beim Schlucken häufig Schmerzen im Ohr vorhanden. Besonders bei stark zerfallenem Tumor: Beim Primäraffekt Sekretion, vor allem aber Foetor ex ore meistens viel geringer als beim vorgeschrittenen Ca. Art und Größe der Lymphdrüsenschwellung wird Primäraffekt von Lues II und Lues III abgrenzen lassen. Zur Verwechslung mit Tbc kommt es höchst selten, da Tbc äußerst selten an den Tonsillen und dann noch meistens an anderen Stellen der Mundrachenhöhle vorkommt. Wenigstens randwärts finden sich fast stets die für Tbc. charakteristischen knötchenförmigen Infiltrate, die langsam wachsen, verkäsen und schließlich eitrig zerfallen. Erst spät und dann langsame Entwicklung der Drüsenschwellung, Neigung zur Vereiterung und weiche Konsistenz der geschwollenen Drüsen bei Tbc. Tuberkulöse Ulcerationen verursachen im Gegensatz zur Tonsillarsklerose heftige Schmerzen.

Wir müssen bei der Diagnosestellung des Tonsillarschankers stets eine ganze Anzahl Mundkrankheiten berücksichtigen, die den primärluetischen

Manifestationen ungeheuer ähnliche Erscheinungen hervorrufen. Hätten die Aerzte all das bei Beurteilung des Krankheitsbildes im obigen Fall berücksichtigt, wäre sicherlich ein chirurgischer Eingriff zu vermeiden gewesen.

Zur Erörterung der Fehldiagnosen im Primärstadium an der Zunge, wo Sklerosen viel seltener auftreten als an den Lippen und den Tonsillen, soll folgender Fall benutzt werden.

Verkannter Primäraffekt am Zungengrund, von Bichlmayr überlassen:

Ca. 30jähriger Pat. wird vom prakt. Arzt wegen einer schmerzhaften Schwellung unter der rechten Zunge sowie eines Geschwüres an dieser Stelle zum Zahnarzt überwiesen, wegen angeblicher Verletzung der Zunge durch scharfe Zahnkanten.

Der Zahnbefund ergibt intakte Zähne mit Ausnahme des tiefkariösen und scharfkantigen —7, —5 und—4 fehlen, der —7 zeigt vitale Pulpa, so daß an eine Schwellung des gegenüberliegenden Teiles der Zunge als Folgeerscheinung einer Gangrän nach Art der Parulis nicht gedacht werden kann. Der Mundbefund zeigt Rötung des rechten Unterzungengrundes, diffuse Schwellung und an der dem —7 benachbarten Stelle. Unter dem Zungenrücken ein etwa kirschkerngroßes, glänzendes, scharf abgegrenztes Geschwür, das für den Patienten bei jeder Bewegung außerordentlich schmerzhaft ist. Rings um das Geschwür läuft ein dickwulstiger Rand.

Trotz der offensichtlichen Reibung der Zunge an dem scharfkantigen Zahn rechts unten erscheint das Geschwür klinisch nicht wie durch eine Verletzung mit einem scharfen Gegenstand hervorgerufen. Nach Abschleifen der scharfen Zahnkanten des —7 scheint auch nur der Teil des Geschwüres zu heilen, der bisher von den scharfen Rändern immer wieder verletzt wurde. Der Verdacht auf Lues, der von Anfang an wegen des eigenartigen Aussehens des Geschwüres, der scharfen Abgrenzung, der glänzenden Oberfläche, erhoben wurde, wird durch das nicht Abheilen nach dem Abrunden der scharfen Zahnkanten und Füllen des —7 verstärkt.

Der Zahnarzt läßt eine Wa. R. ausführen. Sie fällt positiv aus. Nachträglich wurde festgestellt, daß die Infektion durch anormalen Geschlechtsverkehr entstand.

Auch hier wurde Primäraffekt mit einem Dekubitalgeschwür verwechselt. Es braucht hier nicht noch einmal gesagt zu werden, wie und warum es auszuschließen ist (siehe 1. Fall!). Die vorhandenen Schmerzen sind dadurch zu erklären, daß es durch den dauernden Reiz des Gewebes zu starken Entzündungserscheinungen kam. Man kann aus der Literatur sehen ,daß es bei luetischen Läsionen der Zunge bei gleichzeitig vorhandenen scharfen Zahnkanten immer wieder zu falschen Diagnosen kommt. Man muß nur an die Möglichkeit der Lues denken, dann wird man durch genaues Studium der klinischen Erscheinungen schon auf die richtige Fährte gelenkt. Hat man den geringsten Verdacht auf Primäraffekt, so soll man gewissermaßen „reflektorisch" auf Spirochäten untersuchen (Mulzer!). Auch hier wurde keine Spirochätenunter-

suchung ausgeführt. Das charakteristische Aussehen des Geschwüres jedoch spricht schon für Zungensklerose. Der behandelnde Arzt hat sich auch hier durch die Angaben des Patienten und ungenaues Untersuchen irreleiten lassen.

Was ist in differentialdiagnostischer Hinsicht sonst noch zu sagen?

Während die erosive Form der Zungensklerose, die sich darstellt als linsen- bis bohnen-, selten kronenstückgroßer nicht oder nur wenig vorragender Herd und in seinem Bereiche glatt, glänzend und düsterrot gefärbt ist, differential-diagnostisch nur wenig Schwierigkeiten bereitet, kommen bei der ulcerösen Form maligne Neoplasmen und an zweiter Stelle Gummen und manche Form der Tbc in Frage. Wie diese Krankheiten auszuschließen sind, ist bereits unter Fall 2 gesagt worden.

Verkannter Zahnfleischschanker, der Literatur entnommen, besagt folgendes:

Es handelt sich um einen Kranken, der nacheinander von einem Arzt, dann von einem Chirurgen, nachher von einem Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten und schließlich noch von zwei Stomatologen (Arzt und Zahnarzt in Frankreich) untersucht wurde. Keiner der Aerzte stellte die richtige Diagnose. Erst nach Auftreten der Sekundärsymptome fand man, daß es sich um einen Zahnfleischschanker handelte. — Die Diagnosestellung der Zahnfleischsklerose dürfte eigentlich keine oder nur wenig Schwierigkeiten bereiten, da vor allem Tbc. in Frage kommt und diese schon durch die Art der Drüsenschwellung allein zu unterscheiden ist. (Im übrigen wird auf die Ausführungen unter Fall 2 verwiesen). Es sind in der Literatur eine ganze Anzahl von verkannten Primäraffekten bekannt geworden. Viele französische Autoren weisen darauf hin, daß jede verdächtige Stelle im Ultramikroskop untersucht werden müsse, welches allein Aufschluß geben könnte und daß nur durch den Zusammenschluß der Aerzte, Zahnärzte und Syphilographen der Zahnfleischschanker genau studiert werden könnte. Besonders die Zahnärzte müßten schon auf der Hochschule auf das relativ häufige Vorkommen dieses Schankers aufmerksam gemacht werden, da sie ihn meist zuerst feststellen könnten. Man unterscheidet zwei Formen von Zahnfleischschanker:

1. Randlose, halbkreisförmige, etwa kleinfingernagelgroße karmesinrote Erosion verbunden mit regionärer Drüsenschwellung, gibt zu keinerlei Störungen Anlaß;

2. die anormale Form, ähnlich all den banalen Ulcerationen und Erosionen des Mundes. Die karmesinrote Farbe und Drüsenschwellung müßte auch hier an Lues denken lassen.

Für das Sekundärstadium sollen keine Fälle angeführt werden. Es soll hier nur kurz auf differentialdiagnostische Schwierigkeiten hingewiesen werden:

Das zu flüchtige und zu wenig kennzeichnende Erythem der Mundschleimhaut kann wohl übergangen werden. Umso mehr hat man auf die an

der Mundschleimhaut und den Tonsillen am häufigsten vorkommenden Schleimhautpapeln, die sogenannten Plaques muqueuses zu achten. Sie sind zugleich die gefährlichsten Quellherde der extragenitalen syphilitischen Infektionsübertragung und werden sehr leicht übersehen,

1. weil sie sehr flüchtig sind;

2. weil an mechanisch gereizten Stellen wo Plaques häufig aufschießen, ein tieferes durch Mischinfektion evtl. schmerzhaftes und daher uncharakteristisches Geschwür entsteht, so am freien Zungenrad gegenüber scharfen Zähnen oder in den Mundwinkeln, wo sie häufig mit gewöhnlichen Rhagaden verwechselt werden;

3. weil vor allem bei stark zerklüfteten Tonsillen einzelne Teile der Paques in den Buchten verschwinden und so das typische Bild unsichtbar wird;

4. weil die spezifischen Erscheinungen durch eine sogenannte Angina specifica, in Wirklichkeit aber durch eine durch Mischinfektion entstandene Begleitangina, in den Hintergrund gedrängt werden. Genaue Untersuchung der gesamten Mundschleimhaut sowie eine Berücksichtigung der Dauer der Erkrankung können uns vor Irrtümern bewahren.

Differentialdiagnostisch kommen folgende Mundkrankheiten in Betracht:

Aphten und aphtenähnliche Erkrankungen, Epithelmazerationen bei Stomatitiden, Epitheltrübungen nach mechanischen Insulten (Leukoplakien) der Raucher z. B.,) Hydragyrose, Pemphigus, Herpes, Lichen-ruber-planus, Erythema exsud. multif., Plaut Vincent'sche Angina und oberflächliche, mischinfizierte tuberkulöse Ulcerationen. In verdächtigen Fällen darf nie eine genaue Untersuchung der gesamten Körperoberfläche auf Sekundärerscheinungen hin und die Wa.R. unterlassen werden.

Im tertiären Stadium kann frühzeitiges Erkennen des Krankheitsbildes den befallenen Patienten noch vor Weitergreifen der Zerstörungen und Verstümmelungen und funktionellen Störungen bewahren.

Im Unterkiefer kommt die tertiäre Lues relativ selten vor.

Folgender von Bichlmayr überlassener Fall von tertiärer Unterkiefersyphilis soll das näher illustrieren. Pat., 65 Jahre alt, kommt wegen ziehender Schmerzen im rechten Unterkiefer in zahnärztliche Behandlung. Extraktion des ersten Prämolaren erscheint indiziert, doch zeigt sich nach erfolgter Entfernung und Auskratzung keine Besserung. Auch nach Extraktion des zweiten Prämolaren und Tamponade keine Fortschritte. Es besteht nach wie vor starke Eiterung und Sekretierung. Es kommt der Verdacht auf eine Lues III auf. Doch läßt sich anamnestisch nichts zur Stützung dieser Diagnose in Erfahrung bringen. Pat. gibt nur an, daß er nach und nach sämtliche gesunden Zähne verloren habe. Blutentnahme lehnt er ab. Die versuchsweise tägliche Verabreichung von Jodkali in größeren Dosen hat schon bald durchschlagenden Erfolg. Ein

größerer Sequester stößt sich ab, die Eiterung und Schmerzen lassen langsam nach und, es kommt allmählich zur vollständigen Heilung der Wunde.

Auf Grund dieses guten therapeutischen Erfolges ist der Pat. von dem ursächlichen Grund seines Leidens zu überzeugen und kann einem Dermatologen zur Weiterbehandlung überwiesen werden.

In diesem Fall mußten erst mehrere Zähne geopfert werden, ehe man das Krankheitsbild erkannte. In der Literatur sind ähnliche Fälle bekannt. So kommt es vor, daß Patienten von einem Arzt zum anderen wandern, ohne wirksame Hilfe zu erhalten. Man muß bei derartigen auf keine Therapie ansprechenden Prozessen im Kiefer immer an Ostitis gummosa denken. Hier konnte eine Spontanfraktur gerade noch vermieden werden, doch hätte eine frühere richtige Diagnose auch den Verlust der Zähne unter Umständen verhindern können.

Akute Osteomyelitis und chronischer Kiefer-Abzeß sind auszuschließen. Die klinischen Erscheinungen einer akuten eitrigen Osteomyelitis wie Fieber, Rötung und Schwellung der benachbarten Weichteile und Kieferklemme fehlen. Gegen das Vorhandensein eines chronischen zentralen Kieferabszesses spricht, daß die eingeschlagene Therapie weder Heilung noch Besserung erzielt hat. Gegen Knochentuberkulose spricht das hohe Alter, fehlende Atrophie des Knochens nach Art der Tbc. und fehlende Drüsenschwellung. Tumor und Ostitis gummosa kommen noch in Frage. Die Diagnose kann erst nach einer antiluetischen Behandlung gestellt werden; denn wir wissen, daß auch bei einigen anderen Krankheiten die Wa. R. positiv ausfallen kann. Der Spirochätenbefund gelingt kaum in diesem Stadium und ist also nicht zu bewerten. Neben genauer Berücksichtigung aller klinischen Symptome muß man auch die anderen zur Verfügung stehenden Reaktionen benutzen, um bei der Diagnosestellung Irrtümern aus dem Wege zu gehen. Uebrigens kann man auch im Primärstadium Spirochätenuntersuchung und Serumreaktionen nicht immer Glauben schenken.

Die syphilitische Knochenerkrankung ist im Oberkiefer viel häufiger.

Verkannte tertiäre Oberkiefersyphilis, von Bichlmayr überlassen:

Pat., 38 Jahre alt, wird wegen vereiterter Zyste zwecks operativen Eingriffes einem Zahnarzte überwiesen. Im Röntgenbild, welches vorlag, zeigt sich Verschattung über rechts oben 2, die bis zum Nasenboden greift. Es wird eine Zystenoperation vorgenommen und der erkrankte Zahn reseziert. Doch erfolgt keine Heilung, sondern erneute Sequestrierung des Knochens. Erneute Aufklappung und Auskratzung ebenfalls erfolglos. Reizende Fremdkörper wie Wurzelfüllung oder Amalgamreste sind nicht in der Wunde vorhanden. Erst nach drittem negativ verlaufendem chirurgischem Eingriff kommt der Verdacht einer tertiären Lues des Patienten auf. Wa.R. stark positiv. Diagnose Lues III bestätigt.

Damit wird auch die auffallende Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit als eine Mitbeteiligung des Trigeminus erklärt. Die trophischen Störungen am Kieferknochen haben zur Sequestrierung geführt, und ehe noch andere Symptome auf die schwere Erkrankung hinweisen, ist hier dem Zahnarzt Gelegenheit gegeben worden, durch Ueberweisung an einen Facharzt helfend in das Schicksal einzugreifen.

Wir haben hier den sonderbaren und seltenen Fall, daß eine Kiefersyphilis mit vereiterter Zyste verwechselt wurde. Dies dürfte wohl darauf zurückzuführen sein, daß das Röntgenbild kein für Knochensyphilis typisches Bild zeigte, nämlich lakunenförmig spitzenartige Umrandungen des Herdes, sondern eher eine für Zysten charakteristische scharfe Abgrenzung vortäuschte. Man muß bei derartigen chronischen Prozessen immer Lues III in die Differentialdiagnose einschließen. Bei Knochenlues bietet das Röntgenbild gewöhnlich ein gutes diagnostisches Hilfsmittel, doch sind keineswegs Irrtümer selten, die dadurch zustande kamen, daß man sich bei der Diagnosestellung ausschließlich auf dieses stützte.

Wie sind die sonst noch differentialdiagnostisch in Frage kommenden Krankheiten auszuschließen? Gegen Tumor spricht der Sequester, gegen Tbc. das Alter und die fehlende Drüsenschwellung, gegen Osteomyelitis die vollkommene Schmerzlosigkeit ohne vorhergehende Schmerzen.

Die tertiäre Syphilis befällt im Oberkiefer besonders den harten, aber auch relativ häufig den weichen Gaumen. Moral und Hauberisser berichten über ein verkanntes Gumma am Palatum durum, welches lange Zeit mit Höllenstein behandelt worden war. Differentialdiagnostisch kommen hier vor allem Ca und Tbc. in Betracht. Durch welche Unterscheidungsmerkmale sind nun beide auszuschließen? Das Ca. kommt primär an diesen Stellen selten vor, und wenn schon, dann führt es bald zum Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle usw., so daß man dann den Ausgangspunkt nicht mehr feststellen kann. Das Gumma beginnt an der Hinterfläche des Gaumensegels und am Nasenboden (Zange!) und ist als sichtbar begrenzte Rötung und Schwellung am harten und weichen Gaumen zu erkennen. Es perforiert dann in die Mundhöhle und wählt also den umgekehrten Weg wie das Ca. Im früheren Stadium des Ca: derbes, flaches, jedoch ziemlich deutlich abgegrenztes Knötchen am hinteren Teil des harten Gaumens, ohne Entzündungserscheinungen in der Umgebung. Zu Beginn der Ulceration im derben Randwall noch umschriebene, auffallend transparente gelbliche Knötchen. Der Geschwürsgrund ist viel härter als beim Gumma. Stärkeres Befallensein der Umgebung spricht viel eher für Ca als für Lues. Die Syphilis führt im allgemeinen viel rascher zu ausgedehnten Zerstörungen als Ca. Regionäre Lymphdrüsenschwellung fast nie bei Lues III, wohl aber bei Ca.

Die Knochen-Tbc. ist nie primär (Kerll). Der Knochen wird vielmehr erst von der Schleimhaut ausgehend befallen. Bei Knochensyphilis ist meist, wenn auch nicht immer, der Knochen primär affiziert. Tbc. führt erst spät zu

Sequestrierbildung und ausgedehnter Knochenzerstörung im Gegensatz zu Lues III. Tbc.: meist oberflächlich ausgedehnte Veränderungen mit Knötchen, Schleimhaut samtartiges Aussehen, daneben Ulcerationen. Die Knochenveränderungen treten in den Hintergrund. Verwertet man nicht alle diese Anzeichen, die für die eine oder andere Krankheit sprechen, so wird man bei der Diagnosestellung Irrtümer begehen, die katastrophale Folgen haben können.

An der Zunge, wo auch relativ häufig Gummen vorkommen, kommen verschiedene dem Gumma sehr ähnliche Erkrankungen vor. Bei auf luetischer Grundlage entstandenem Ca. kann bei Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen die Diagnose nur durch die Probeexzision gestellt werden. Ca. tritt im Gegensatz zum Gumma in der Einzahl auf und in der Mehrzahl der Fälle am Zungenrand, das Gumma am Zungenrücken. Beim Ca.: Blutungen und Schmerzhaftigkeit, beim Gumma nicht. Schmerzlosigkeit und fehlende Drüsenschwellung sprechen für Gumma. Zu Beginn des Ca.-Auftretens: derbe Konsistenz, die auch später bleibt. Bei vorgeschrittener Ca.-Entwicklung: Die wallartig erhöhten knorpelharten Randpartien bei Ca. Häufig besonders am Rand des Geschwüres die für Ca. typischen großen Körnchen. Oft erstreckt sich das Ca. über den Mundhöhlenboden und ist an der Unbeweglichkeit der Zunge zu erkennen. Dieses Symptom ist beim Gumma nicht vorhanden. Auch Sarkom, durch schrankenloses Wachstum ausgezeichnet, und Fibrom, Lipom kommen in Betracht. Für das letztere spricht lappiger Bau und für die beiden letzten Fehlen jeglicher Entzündungserscheinungen.

Die sogenannte kolliquative Tbc. hat an der Zunge große Aehnlichkeit mit Gumma. Nach Durchbruch des Abszesses: scharfrandiges Geschwür wie beim Gumma. Tbc.: Singuläres Auftreten, Gumma: multiples. Probeexzision ist unentbehrlich. Die häufigeren Zungen-Tbc-Formen sind vom Gumma leicht abzutrennen durch ihre eigentümliche Form und Knötchenbildung. Die evtl. differentialdiagnostisch in Frage kommende Aktinomykose ist gekennzeichnet durch singuläres Auftreten von Knoten an der Zungenspitze, wo Gummen höchst selten auftreten, und durch größere Härte.

Das Lippengumma, welches mit Ca. und Tbc. verwechselt werden kann, ist daran zu erkennen, daß daneben noch andere luetischen Krankheitsherde sich vorfinden im Gegensatz zum Ca. und es ziemlich bald in charakteristischer Weise zerfällt. Bei Ca. tritt Tumor-Charakter hervor.

Bei Berücksichtigung aller dieser Unterscheidungsmerkmale wird es gelingen, das im Munde auftretende Gumma zu erkennen und die befallenen Patienten durch Ueberweisung an Spezialisten von ihrem Leiden zu befreien.

Abschließend möchte ich betonen, daß wir stets alle Patienten eingehend untersuchen und alle uns zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmittel verwenden müssen. Nur so gelingt es, uns vor Fehldiagnosen zu bewahren und dem Patienten wirksame Hilfe zu leisten. Eine gute Zusammen-

arbeit von Zahnarzt, Arzt evtl. Spezialisten ist die Voraussetzung dafür, alle pathologischen Veränderungen im Munde zu erkennen und durch entsprechende Therapie zum Verschwinden zu bringen. So können wir zum Wohle unseres Volkes viel Unheil verhindern.

Besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle Herrn Privatdozenten Dr. Bichlmayr sagen, der mir in liebenswürdiger Weise die Anregung zu vorliegender Arbeit gab und mich jederzeit mit seinem Rate freundlichst unterstützt hat.

Literatur.

Scheff-Pichler: Handbuch der Zahnheilkunde, 3. Bd., Berlin-Wien 1927.

Zieler-Jacobi: Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, Berlin-Wien 1934.

J. Misch: Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde, Leipzig 1922.

J. Zange: Lues-Fehldiagnose im Gebiete der Nase, des Mundes, Rachens und der übrigen Luftwege. Med. Welt. 1929.

A. Stühmer: Schwierigkeiten und Grenzen der Syphilisdiagnose. Münch. Med. Wo.-Bl. 1922.

P. Tachau: Zur Syphilisdiagnose des praktischen Arztes. Dtsch. Med. Wo.-Schr. 1925.

F. Campill: Der Schanker des Zahnfleisches, Fortschritte der Zahnheilkunde 1926. II,2.

Lebenslauf.

Am 19. September 1908 wurde ich in Tiefenort-Werra geboren als Sohn von Johann Heinrich Rug und Frau Marie Elise geb. Kister. Ich besuchte seit Ostern 1925 das Reform-Real-Gymnasium in Vacha-Rhön, wo ich Ostern 1930 meine Reifeprüfung bestand.

Michaelis 1930 begann ich Zahnheilkunde zu studieren von

W.S. 1930/1931 bis S. S. 1932 in Jena,

W.S. 1932/1933 in Wien,

S.S. 1933 in Greifswald,

W.S. 1933/1934 in Kiel.

Am Anfang des Sommersemesters 1932 bestand ich mein Physikum in Jena. Am 10. Juli 1934 legte ich in Kiel die zahnärztliche Staatsprüfung mit dem Prädikat „gut“ ab.